



Sebastian Bouroncle DDS
1900 Opitz Blvd, Ste C, Woodbridge, VA 22191
450 Garrisonville Rd, Ste 201, Stafford, VA 22554
11111 Leavells Rd, Fredericksburg, VA 22407
www.virginianewsmiles.com

NUESTRA POLITICA FINANCIERA

Bienvenidos a nuestra práctica. Nos esforzamos por brindar atención de calidad en un ambiente agradable y cómodo. Hemos descubierto que una parte importante de su comodidad es una comprensión clara de los aspectos financieros de la atención dental. Haremos todo lo posible antes de cada procedimiento para llegar a acuerdos satisfactorios para manejar el costo de su tratamiento dental. **Lea lo siguiente y ponga sus iniciales en cada uno de ellos.**

- 1) Aceptamos efectivo y cheques, así como tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express y Discover. _____
- 2) Ofrecemos financiamiento a través de una institución financiera con crédito aprobado, _____
- 3) El pago debe realizarse en su totalidad al momento del tratamiento a menos que se hagan arreglos específicos por adelantado. _____
- 4) Si no tiene seguro dental, ofrecemos un descuento de cortesía si el tratamiento supera los \$1000 y se paga en efectivo o con cheque antes del día del servicio. El descuento no se aplica cuando se utiliza un plan financiero sin intereses. _____
- 5) Cheques NSF: Habrá un cargo de \$35.00 por cualquier cheque devuelto. _____
- 6) En contraprestación por los servicios profesionales prestados ahora y en el futuro, el suscrito se compromete a pagar un interés del 1,8% mensual sobre todos los saldos que no se hayan pagado noventa (90) días después de la prestación de los servicios; más todos y cada uno de los costos razonables por cobros, abogados o costos judiciales que puedan derivarse del intento de cobrar dicho saldo pendiente. _____

SEGURO DENTAL:

- 1) Aunque el seguro puede ser útil para cubrir algunos costos, tenga en cuenta que casi todos los planes de seguro solo cubren cierto porcentaje de servicios dentales. Esto lo dejará a usted, el paciente, como responsable de un copago. Lo alentamos a que conozca y comprenda sus beneficios y limitaciones. _____
- 2) Como cortesía a nuestros pacientes, enviaremos cualquier reclamo a la compañía de seguros y aplicaremos esos pagos a la cuenta de acuerdo con las pautas del seguro. El copago vencerá en su totalidad en la fecha del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos. _____
- 3) En el caso de un seguro secundario, como cortesía le enviaremos la reclamación y aplicaremos los pagos a la cuenta de acuerdo con las pautas del seguro. Cualquier saldo se le facturará a usted. Cualquier sobrepago será acreditado a su cuenta. _____
- 4) **Cualquier monto impago del seguro es responsabilidad del paciente.** _____
- 5) **Usted es responsable de informar al personal de recepción sobre cualquier cambio en su póliza de seguro dental.** _____

Esperamos que la explicación de nuestras políticas financieras lo ayude a sentirse cómodo con respecto a este importante aspecto de su atención dental. Esperamos tener una relación larga y feliz con usted en nuestra práctica. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política o su cuenta, no dude en consultarla con nosotros. Su cooperación es muy apreciada. Gracias.

He leído y comprendo esta declaración de política financiera.

Firma _____ Fecha _____

Nombre Completo _____



Sebastian Bouroncle DDS
1900 Opitz Blvd, Ste C, Woodbridge, VA 22191
450 Garrisonville Rd, Ste 201, Stafford, VA 22554
11111 Leavells Rd, Fredericksburg, VA 22407
www.virginianewsmiles.com

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Una hora de cita reservada en nuestro consultorio dental es valiosa, por lo tanto, **requerimos un aviso de 48 horas** para cancelar/reprogramar una cita. Si no se notifica con 48 horas de anticipación, **se cobrará un cargo mínimo de \$50**. Si su cita es un Lunes, le agradeceremos llamar el Viernes antes de la cita a más tardar 1pm para cancelar o reprogramar su cita.. _____ **(iniciales)**

Las cancelaciones deben comunicarse directamente a un miembro del personal o a través de nuestro sistema de mensajes de texto 48 horas antes de la cita para evitar el cargo de \$50 _____ **(iniciales)**

Las cancelaciones dejadas en el correo de voz o enviadas por correo electrónico con menos de 48 horas de la cita estarán sujetas a una tarifa de cancelación de \$50. _____ **(iniciales)**

Esperamos que esta explicación lo ayude a sentirse cómodo con respecto a este importante aspecto de su atención dental. Esperamos tener una relación larga y feliz con usted en nuestra práctica. Si tiene alguna duda o consulta, estamos a su disposición. Su cooperación es muy apreciada. Gracias.

He leído y comprendo esta declaración de política de cancelación.

Firma _____ Fecha _____

Nombre Completo _____